

БЕШИХА: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ**Ільїна Н.І., Чемич М.Д., Захлебасєва В.В.***Сумський державний університет, м. Суми*

Проблема бешихи залишається актуальною у зв'язку з її значною поширеністю, тенденцією до розвитку рецидивів, зміною клінічного перебігу, розвитком залишкових явищ, які призводять до тривалої непрацездатності та інвалідизації. За частотою реєстрації серед інфекційної патології займає четверте місце. Захворюваність на бешиху складає 4,3 на 10 тис. населення. На цю інфекцію припадає 15-20 % усіх запальних захворювань шкіри і підшкірної клітковини.

За останні 5 років спостерігається збільшення числа пацієнтів з первинною бешихою. Однак розвиток ускладнень та рецидивів залишається високим. У зв'язку з цим актуальним є вивчення клінічного перебігу бешихи на сучасному етапі та пошук можливостей прогнозування і попередження ускладнень і рецидивів.

Мета дослідження - вивчити епідеміологічні особливості, клінічні та лабораторні показники при бешисі для визначення прогностичних критеріїв ризику розвитку ускладнень і рецидивів.

Матеріали та методи дослідження. Вивчені епідеміологічні особливості, структура клінічних форм, перебіг, преморбідний фон у хворих на бешиху, що перебували на лікуванні в Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З.Й. Красовицького протягом 2004-2008 років. Обстежено 272 пацієнта.

Результати дослідження та їх обговорення. Переважний розвиток хвороби спостерігали у жінок (57,6 %) старше 40 років (64 %). В основній кількості хворих діагностовано первинну бешиху, а рецидивну і повторну – в 2,6 і 7,8 разів рідше. Слід відмітити зменшення, в порівнянні з попередніми роками, випадків рецидивної форми: 38,3 % у 2000-2003 рр. та 25,4 % - у 2004-2008 рр.

Патологічний процес в основному локалізувався на нижніх кінцівках незалежно від кратності перебігу недуги (157 осіб, 57,8 %). При первинній бешисі ураження обличчя та верхніх кінцівок відбувалось з однаковою частотою (49 осіб, 18 % та 50 осіб, 18,4 % відповідно). Однак рецидиви хвороби частіше спостерігались на нижніх кінцівках (59 осіб, 21,7 %). Повторна бешиха майже завжди діагностувалась при ураженні нижніх кінцівок (22 особи, 8,2 %).

31

Перебіг хвороби у $\frac{2}{3}$ обстежених був середньої тяжкості та не залежав від повторюваності бешихи. Але і частка важкого перебігу була значною – у четвертій частини осіб, з них 92 % склали пацієнти з ураженням нижніх кінцівок. Слід зауважити, що значно рідше тяжкий ступінь спостерігали при повторній бешисі.

Серед клінічних форм переважала еритематозна – 149 (54,8 %). Слід відмітити, що у 80 % пацієнтів вона розвивалася при локалізації на обличчі та верхніх кінцівках. При ураженні нижніх кінцівок еритематозна форма реєструвалася лише у половини хворих. Інші клінічні форми – еритематозно-геморагічна, еритематозно-бульозна, бульозно-геморагічна, виразково-некротична розвинулись у 39 (14,4 %), 52 (19,1 %), 26 (9,5 %) та 6 (2,2 %) хворих відповідно. Еритематозно-геморагічна та бульозно-геморагічна бешиха розвивалася переважно при ураженні нижніх кінцівок, а частота еритематозно-бульозної форми не залежала від локалізації місцевого процесу.

В залежності від локалізації бешихи клінічний перебіг хвороби мав також свої особливості. Для бешихи нижніх кінцівок були більш характерні бульозна форма, утворення ерозій, розвиток лімфангітів, лімфаденітів,

флегмон. Геморагічна форма теж локалізувалася переважно на нижніх кінцівках. Бешиха обличчя мала більш легкий перебіг, ніж при інших локалізаціях. Нерідко захворюванню передували гострі респіраторні інфекції, ангіни, карієс. Бешиха верхніх кінцівок переважно розвивалася на тлі післяопераційного лімфостазу в жінок з мастектомією і мала схильність до рецидивування.

Хвороба починалася гостро з ознобу (97,3 % пацієнта) і підвищення температури тіла до 38-40 °C (98,1 %). У 93,4 % хворих був головний біль, у 49,6 % - м'язовий, у 33,5 % - нудота і блювання. Симптоми інтоксикації виникали на 8-24 години раніше місцевих запальних проявів у 89,7 % осіб. Слід відмітити, що при первинній бешисі поява гіперемії у першу добу спостерігалася у 86,6 % хворих, при рецидивній – у 71,3 %. У 82,9 % випадків розвивався регіонарний лімфаденіт, у 52,1 % - лімфангіт. Останні зустрічались переважно в хворих з первинною бешихою. При еритематозній формі бешихи вогнищеві ураження тривали 5-9 діб, при бульозній і геморагічній – 12-18. Тривалість гарячки при неускладненому перебігу не перевищувала 5-6 діб. Після перенесеного захворювання у 49,3 % реконвалесцентів відмічені залишкові явища: пігментація шкіри, вогнищева застійна гіперемія, щільні кірочки на місці бул, набряки.

При вивченні факторів, що спричинили розвиток бешихи, у 67,8 % хворих були ушкодження шкіри (подряпини, мікротравми, розчухи тощо).

Первинній бешисі найчастіше передували мікротравми, переохолодження, нервово-емоційні стреси, у кожного десятого хворого провокуючі фактори виявити не вдалось. При рецидивній бешисі серед місцевих факторів, що сприяли активації процесу, найчастіше була міжпальцева попірість,

32

мікротравми та переохолодження, не виявлено зовнішніх впливів майже в кожного четвертого пацієнта.

У більшості хворих на бешиху нами виявлена супровідна соматична патологія (табл.): ожиріння, хронічна венозна недостатність, мікози стоп, цукровий діабет, лімфедема нижніх кінцівок, трофічні виразки, хронічні захворювання шкіри різної етіології (екзема, стрептодермія, псоріаз). Слід відмітити, що фонові захворювання більш притаманні хворим на рецидивну бешиху.

Таблиця – Наявність супровідної патології у хворих на бешиху

Супровідна патологія Бешиха

Первинна (%) Рецидивна (%)

Ожиріння 59,1 71,3

Варикозна хвороба 36,3 47,2

Мікози стоп 11,9 16,3

Трофічні виразки 7,4 8,1

Цукровий діабет 9,7 12,4

Екзема 3,0 5,1

Мастектомія 2,7 11,6

Лімфедема нижніх

кінцівок

3,7 9,2

Ускладнення бешихи зареєстровані у 21 (7,7 %) хворого, переважно з первинною бешихою у жінок старше 60 років на нижніх кінцівках.

Найчастіше ускладнення розвивалися при бульозних формах хвороби. Всі вони мали місцевий характер: абсцеси – у 11 осіб, флегмона – у 4, некрози шкіри – у 3, тромбофлебіт – у 3. Переважно ці ускладнення розвивались на другому тижні захворювання.

Для визначення критеріїв ризику розвитку ускладнень проведена

порівняльна оцінка клінічних і гематологічних показників у 21 хворого (І група) з ускладненим і 20 (ІІ група) з неускладненим перебігом хвороби. Початок, виразність інтоксикаційного синдрому, гарячкової реакції були однаковими в обох групах. Однак місцеві прояви хвороби були вже в дебюті хвороби у 89 % пацієнтів першої групи, а в хворих другої групи вони запізнювались на декілька годин. Фебрильна гарячка в хворих з ускладненнями бешихи була більш тривалою і до моменту розвитку ускладнень нормалізувалась у третини пацієнтів, а у хворих з абсцесами і флегмоною залишалась на рівні 38 0С і вище.

Особливістю перебігу хвороби у хворих першої групи був виражений больовий синдром у місці ураження, який виникав із самого початку захворювання. Регіонарний лімфаденіт і лімфангоїт у цій групі відмічені лише у 17 % пацієнтів. Слід відмітити, що в хворих з ускладненим перебігом бешихи частіше, ніж у другій групі, виявлялася супровідна патологія з кількох захворювань: ожиріння, цукровий діабет, гіпертонічна хвороба, пієлонефрит, варикозна хвороба, мікози ступнів тощо.

33

Оцінюючи лабораторні показники, встановили, що в хворих на ускладнену бешиху зміни периферійної крові вже при поступленні до стаціонару характеризувалися значним лейкоцитозом ($15,3 \pm 2,1$) $\cdot 10^9/\text{л}$, збільшенням кількості паличкоядерних нейтрофілів до 21 %, лейкоцитарний індекс інтоксикації в середньому склав ($12,7 \pm 0,9$), а у пацієнтів з неускладненим перебігом ці показники були нижчими - ($8,1 \pm 1,03$) $\cdot 10^9/\text{л}$, 9 % і ($7,1 \pm 0,8$) відповідно ($P < 0,05$). Слід зазначити, що при рецидивній бешихі ці показники були в обох групах нижчими, ніж при первинній формі ($P < 0,05$).

Висновки. На бешиху частіше хворіють особи жіночої статі старше 40 років. Переважно реєструється первинна бешиха, а рецидивна і повторна лише у третини випадків. Відбувається зменшення рецидивів недуги. Для сучасної бешихи характерна локалізація процесу в основному на нижніх і верхніх кінцівках та тулубі. Серед клінічних форм переважає еритематозна та еритематозно-бульозна. Факторами ризику розвитку ускладнень бешихи є жіноча стать, старший вік, первинні форми хвороби, тяжкий перебіг, бульозний характер місцевого процесу, наявність супровідної соматичної патології (ожиріння, хронічна венозна недостатність, мікози стоп, цукровий діабет), виражений больовий синдром у вогнищі запалення, відсутність регіонарного лімфаденіту, високі показники лейкоцитозу і лейкоцитарного індексу інтоксикації.